

# RUPTURE SPONTANÉE DU WIRSUNG

Elsa Pons\*, Julien Potet\*, Christophe Teriitehau\*, Marc Hervouet\*\*

\* Service d'imagerie médicale; \*\* service de médecine interne, hôpital d'instruction des Armées Percy, 92141 Clamart. yoann.pons@wanadoo.fr

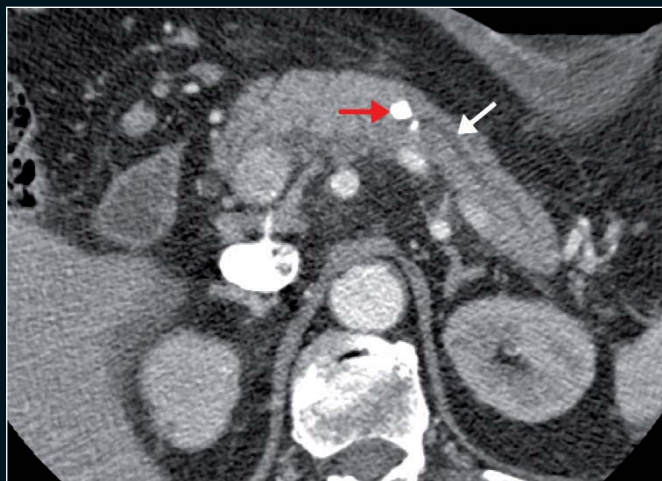


**FIGURE 1** Coupe tomodensitométrique axiale avec injection de produit de contraste iodé montrant les lithiases intracanalaires à la jonction corporeocaudale, la plus volumineuse mesurant 9 mm (flèche rouge). Dilatation du canal Wirsung en amont (flèche blanche) témoignant du caractère obstructif.

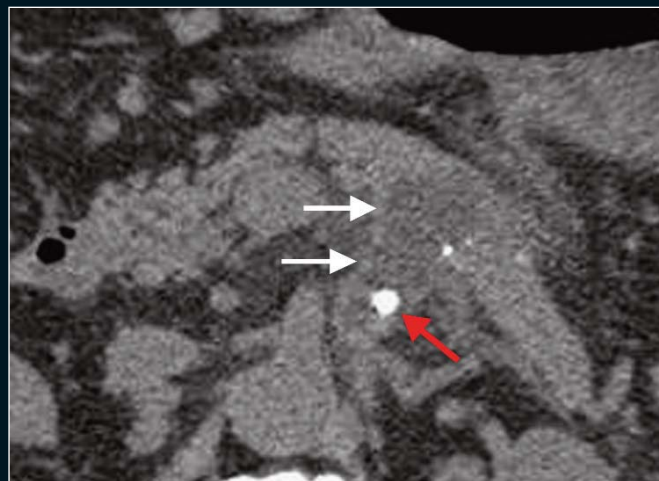


**FIGURE 2** Reformation oblique tomodensitométrique en contraste spontané montrant une collection (flèches blanches) partant du Wirsung avec migration de la lithiasse de 9 mm (flèche rouge) dans le fond de cette collection en position déclive.

**CET HOMME DE 83 ANS** consultait pour des épigastralgies brutales. Une lipasémie à 1 200 UI/L et une protéine C-réactive à 424 mg/mL ont fait porter le diagnostic de pancréatite aiguë. La tomodensitométrie (TDM) montrait une infiltration pancréatique sans nécrose, 2 coulées inflammatoires et 2 lithiases du Wirsung (fig. 1) avec dilatation canalaire d'amont. L'écho-endoscopie n'a pas permis l'extraction des lithiases; une lithotritie a été organisée, mais non réalisée. Cinq mois plus tard, devant une symptomatologie identique, la TDM montrait une rupture du canal de Wirsung au site d'une des lithiases et la migration de cette dernière dans une collection (fig. 2). Par la suite, de nombreuses poussées de pancréatite sont survenues, avec création de fistules (diaphragme, plèvre...). Les rechutes survenant à intervalles réguliers, de la somatostatine a été prescrite de façon empirique pour diminuer les sécrétions pancréatiques, avec une bonne efficacité.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## Les lithiases intracanalaires pancréatiques sur pancréatite chronique

(alcooliques ou non) sont moins fréquentes que celles du parenchyme pancréatique.<sup>1</sup> Elles sont souvent responsables d'une dilatation canalaire d'amont et de poussées de pancréatite. Leur extraction endoscopique est envisagée lorsqu'il y a au plus 3 lithiases, infracentimétriques et situées dans la tête ou le corps du pancréas; dans les cas contraires, la lithotritie extracorporelle est la technique de choix.<sup>2,3</sup> La rupture du canal de Wirsung sur lithiasse intracanaulaire survient essentiellement à la suite de gestes endoscopiques ou de lithotrities, mais peut parfois être spontanée, par érosion du canal et/ou par rupture sur hyperpression du liquide pancréatique en amont.<sup>2</sup> Toute rupture canalaire avec organisation de collections peut entraîner la formation de fistules (tube digestif, plèvre, médiastin...) qui se surinfectent quasi constamment. Leur traitement est médical (alimentation parentérale, somatostatine), endoscopique (drainage transpapillaire, stenting de la rupture) ou chirurgical.<sup>3</sup> Ces fistules guérissent presque toujours avec le temps.

1. Ammann RW, Bueler H, Muench R, Freiburghaus AW, Siegenthaler W. Differences in the natural history of idiopathic (nonalcoholic) and alcoholic chronic pancreatitis. A comparative long-term study of 287 patients. *Pancreas* 1987;2:368-77.
2. Choi KS, Kim MH. Extracorporeal shock wave lithotripsy for the treatment of pancreatic duct stones. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006;13:86-93.
3. Lanternier F, Valcke J, Hernigou A, Wermert D, Almeida F, Israël-Biet D. Pleurésie bilatérale et tamponnade péricardique. Une étiologie rare, la fistule pancréatico-pleurale. *Rev Mal Respir* 2002;19:795-7.